三重県糖尿病療養指導士　認定試験（平成 29 年度）

受験申込書

申込日：２０　年　　月　　日

(ふりがな) 氏　　名	(　　)	男 女	生年月日（西暦） 年　月　日生
自 宅 住 所	〒		TEL : FAX : E-mail :
勤務先・部署名			
勤務先住所	〒		TEL : FAX : E-mail :
職　　種	1. 医師　2. 歯科医師　3.薬剤師　4. 保健師　5. 看護師　6. 准看護師　7.助産師 8. 管理栄養士　9. 栄養士　10. 臨床検査技師　11. 理学療法士　12. 作業療法士 13. 臨床心理士		
受験票・合格通知などの送付先に○ 1．勤 務 先　　2．自 宅			
日本糖尿病協会 1．本部会員（会員番号：　　－　　－　　）へ 2．友 の 会（友の会名：　　）として ※入会手続き中　・　入会済み			

受　領　日	２０　　年　　月　　日	受 験 番 号
受 付 番 号		
≪備考≫		

※　太枠内の記入をお願い致します。

※　現在日本糖尿病協会への入会を手続き中の方は、手続き中のところに○印を付してください。